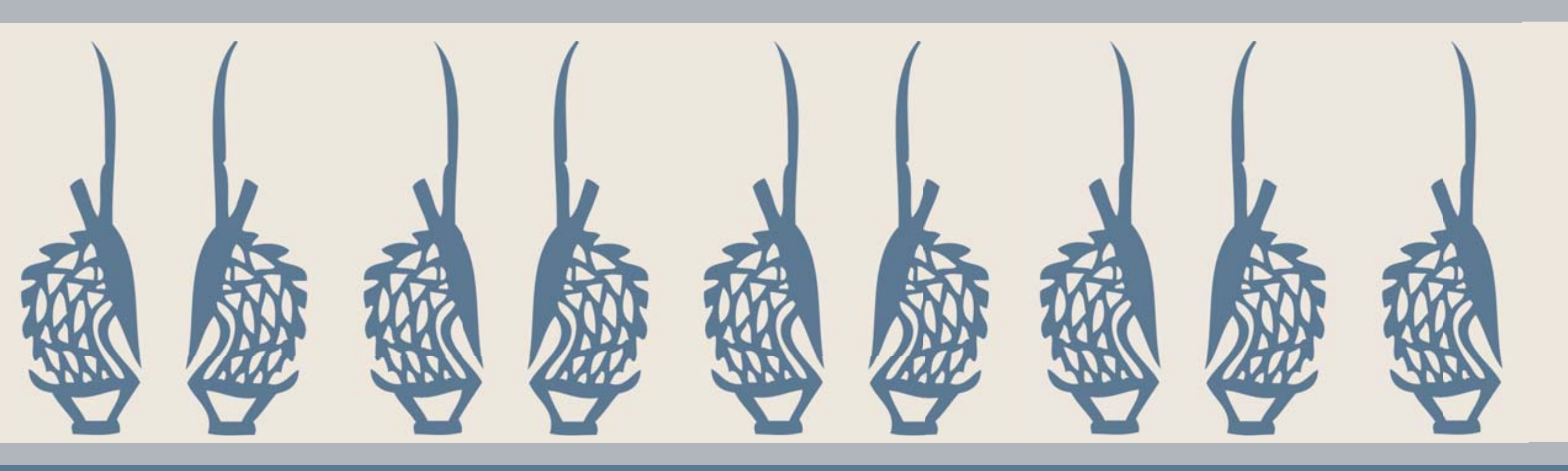
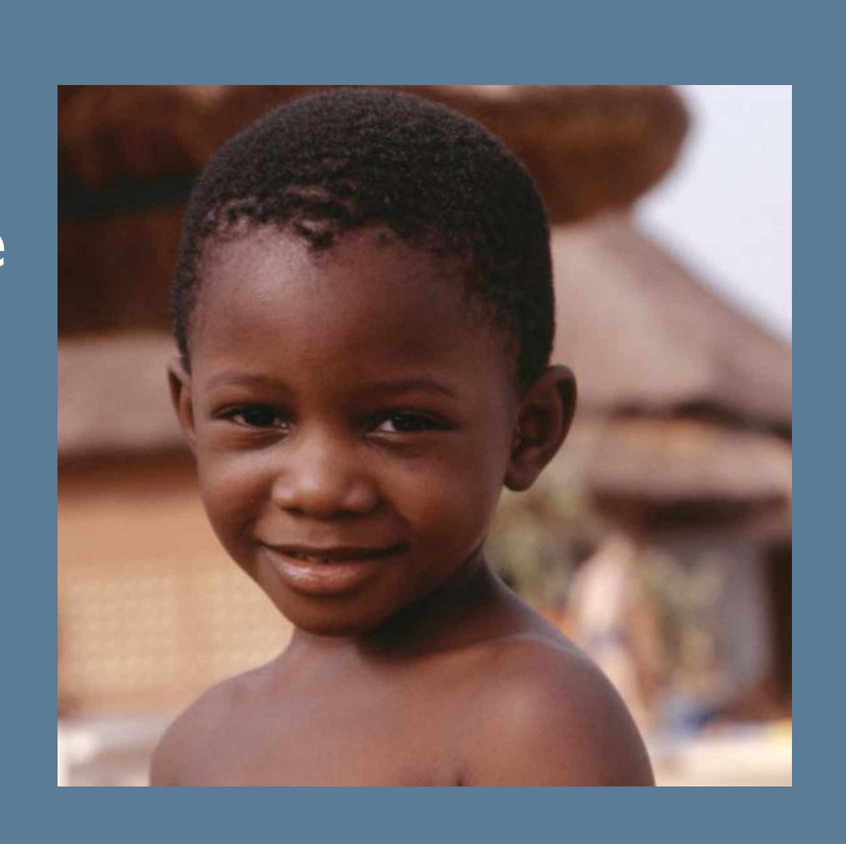


Mali

Enquête Démographique et de Santé 2006

Rapport de synthèse



Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSM-IV), réalisée au Mali d'avril à décembre 2006, par la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS) et par la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) avec la collaboration de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). L'EDSM-IV a été réalisée avec l'appui financier du Ministère de la Santé, de l'Agence des États-Unis pour le Développement (USAID), du Fonds des Nations Unis pour l'Enfance (Unicef), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), de la Coopération Néerlandaise et de la Banque Mondiale.

Elle a, en outre, bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys, MEASURE DHS).

Au cours de l'EDSM-IV, des informations ont été collectées auprès de 12 998 ménages, 14583 femmes de 15-49 ans et 4207 hommes de 15-59 ans. Les résultats sont significatifs au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural) et au niveau des principaux domaines d'études retenus constitués des 8 régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal) et la capitale Bamako).

Pour tous renseignements concernant l'EDSM-IV, contacter la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS)

BP 232, Bamako, Mali. TEL : (223) 223 27 25
FAX : (223) 223 27 26
E MAIL : cpssante@cpssantemali.org

Ou

la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI/MEIC)
B.P.12, Bamako, Mali
TEL : (223) 222 52 85
FAX : (223) 223 71 45

Concernant le programme MEASURE DHS+, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; e-mail : reports@macroint.com; Internet : http://www.macroint.com/dhs/).















Enquête Démographique et de Santé
Rapport de synthèse

Caractéristiques des ménages et des logements 1

Caractéristiques des femmes et des hommes enquêtés. 2

Fécondité et ses déterminants. 3

Planification familiale 5

Santé de la reproduction 6

Santé de l'enfant 8

Allaitement et état nutritionnel des enfants et des femmes 9

Dépenses de santé des menages 10

Paludisme. 11

Mortalité 12

Excision 13

VIH/Sida 14

Principaux indicateurs 15



© Kathryn Wolford/Lutheran World Relief, avec la permission de Photoshare

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES ET DES LOGEMENTS

Les données collectées sur l'âge, le sexe et le niveau d'instruction de la population des ménages ainsi que les principales caractéristiques des logements permettent de décrire et de situer le contexte sociodémographique dans lequel vivent les femmes et les hommes enquêtés.

Composition des ménages

Au Mali, environ la moitié de la population est âgée de moins de 15 ans et seulement 3 % ont plus de 65 ans. Le rapport de masculinité s'établit à 96 hommes pour 100 femmes. Cette sous-représentation des hommes par rapport aux femmes est la conséquence de phénomènes migratoires qui touchent essentiellement les hommes. En outre, ce déficit d'hommes est plus prononcé en milieu rural qu'urbain.

Les ménages maliens sont de grande taille. La taille moyenne des ménages s'établit à 5,7 personnes et il y a peu d'écart entre les milieux de résidence.

Au Mali, les ménages sont essentiellement dirigés par des hommes. En effet, 88 % des ménages ont, à leur tête, un homme. Néanmoins, dans près d'un ménage sur dix (12 %), le chef de ménage est une femme.

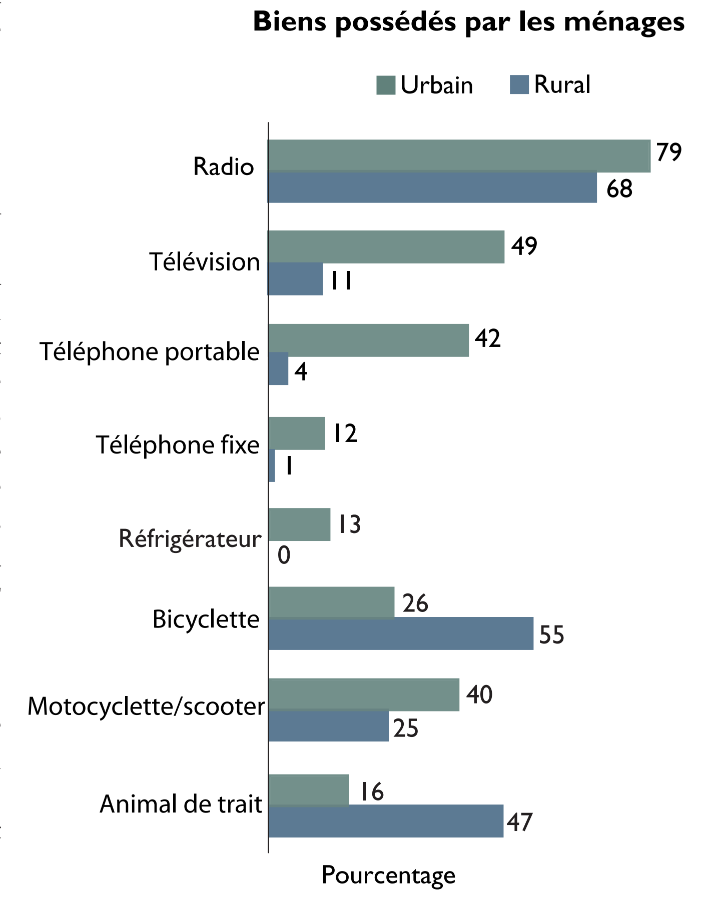
Niveau d'instruction de la population

Malgré des améliorations certaines, les proportions de femmes et d'hommes sans instruction demeurent élevées (respectivement 73 % et 64 %). En outre, les écarts de niveau d'instruction entre les hommes et les femmes restent importants, tant en milieu urbain que rural.

Caractéristiques des logements

Dans l'ensemble, moins d'un ménage malien sur cinq (17 %) dispose de l'électricité. Cependant, en milieu urbain, cette proportion est de 47 % contre seulement 3 % en milieu rural. En ce qui concerne l'approvisionnement en eau de consommation, l'enquête a montré que plus de la moitié de la population (56 %) utilisent de l'eau provenant d'une source améliorée. Cependant, cette proportion cache des disparités puisque seulement 46 % des habitants du milieu rural contre 79 % en urbain ont accès à une source améliorée pour s'approvisionner en eau de boisson. À Bamako, cette proportion est de 95 %.

Environ un cinquième des ménages (21 %) ne disposent d'aucun type de toilettes. En milieu rural, ce pourcentage est de 28 % contre 7 % en milieu urbain, dont moins d'un pour cent à Bamako.



Caractéristiques des femmes et des hommes enquêtés

Les caractéristiques individuelles et sociodémographiques des femmes et des hommes enquêtés sont des informations de base essentielles et des déterminants de l'état de santé de la population et de ses conditions de vie.

Répartition spatiale de la population

Près de sept femmes sur dix (66 %) et environ six hommes sur dix (63 %) vivent en milieu rural. Le milieu urbain regroupe 34 % des femmes et 37 % des hommes. Ce sont les régions de Ségou, de Sikasso et de Koulikoro, suivies par celles de Mopti et Kayes qui concentrent la majorité de la population du Mali. À l'opposé, ce sont les régions de Tombouctou, Gao et Kidal qui comptent les proportions de personnes les plus faibles.

Instruction et alphabétisation

Les résultats concernant le niveau d'instruction de la population mettent en évidence la persistance d'écarts entre les genres et entre les milieux de résidence. Parmi les femmes, 83 % sont analphabètes et plus des trois-quarts (78 %) n'ont aucune instruction contre respectivement 61 % et 60 % des hommes. Cependant, par rapport à 2001, la proportion de femmes alphabétisées a augmenté, passant de 11 % à 17 % ; chez les hommes, on note également une amélioration, la proportion d'alphabétisés étant passée de 23 % à 37 %.

Dans la région de Mopti, 88 % des femmes et 79 % des hommes n'ont aucune instruction. Dans la ville de Bamako, ces proportions ne sont respectivement que de 50 % et 28 %.

Activité économique et statut de la femme

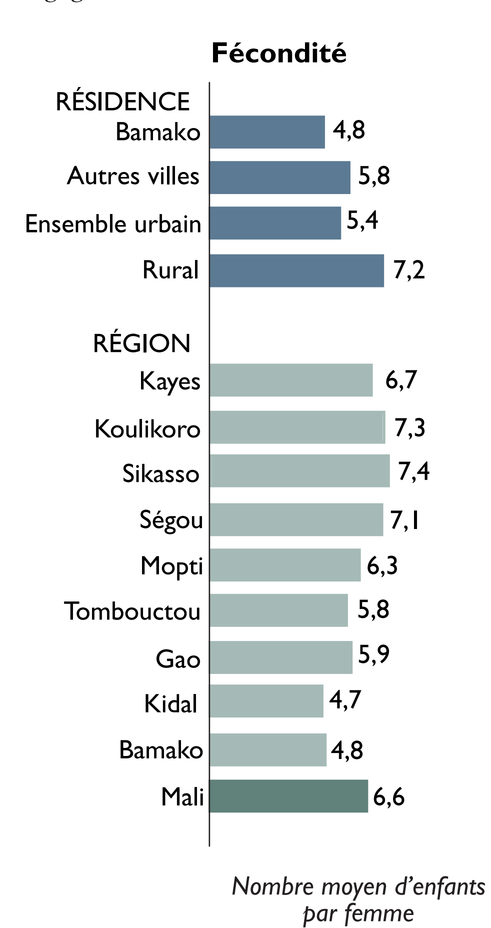
Plus de six sur dix femmes (61 %) ont déclaré travailler au moment de l'enquête. Dans 54 % des cas, le travail des femmes a été rémunéré en argent. En outre, la majorité des femmes (87 %) décident principalement de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent.

Cependant, seulement 12 % des femmes prennent habituellement seules les décisions concernant leurs propres soins de santé contre 50 % quand il s'agit de la préparation des repas.

Une proportion élevée de femmes ont exprimé des opinions d'adhésion à certaines normes traditionnelles. Pour 75 % des femmes, il est justifié qu'un mari batte sa femme dans certaines circonstances. En outre, près d'un quart des femmes (24 %), pensent qu'aucune circonstance ne justifie qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari.

Fécondité et ses déterminants

Les données collectées à partir de l'historique des naissances ont permis d'estimer les niveaux de la fécondité, d'en dégager ses tendances et de mettre en évidence les différentiels selon certaines caractéristiques.



Nombre moyen d'enfants par femme

Niveaux actuels et tendances de la fécondité

La fécondité des femmes maliennes demeure élevée puisqu'une femme a, en moyenne, 6,6 enfants. Ce nombre moyen n'a quasiment pas varié depuis 1995-1996, date de la deuxième enquête EDS qui avait estimé ce nombre moyen à 6,7.

Il existe des écarts importants de niveau de fécondité selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes. En fin de vie féconde, les femmes des zones rurales donneraient naissance, en moyenne, à 1,8 enfants de plus que celles du milieu urbain (7,2 enfants contre 5,4 enfants par femme). Avec 4,8 enfants, les femmes de Bamako auraient 2,4 enfants de moins que celles du milieu rural.

Dans les régions, le nombre moyen d'enfants varie d'un minimum de 4,7 enfants à Kidal à un maximum de 7,4 enfants dans la région de Sikasso

Le niveau de la fécondité est étroitement influencé par le niveau d'instruction. Les femmes sans instruction ont un nombre d'enfants beaucoup plus élevé (7,0 enfants par femme) que les femmes instruites (6,3 enfants chez celles ayant un niveau d'instruction primaire, et 3,8 pour le niveau secondaire ou plus).

Nuptialité et exposition au risque de grossesse

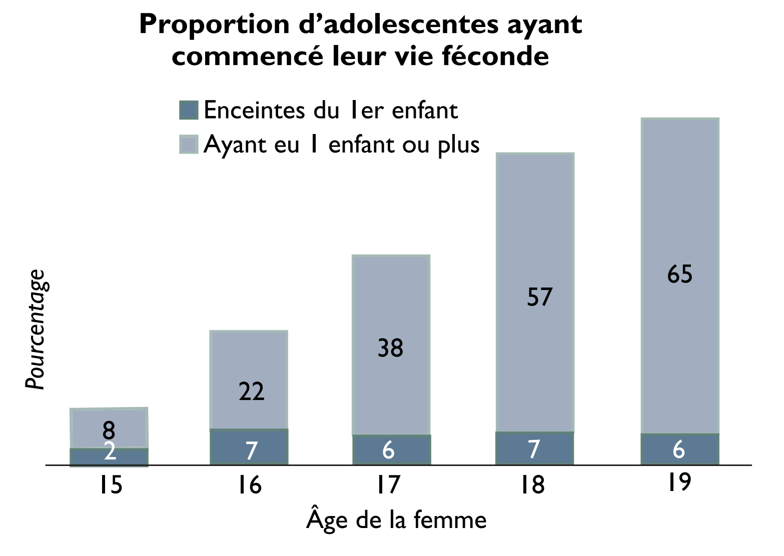
Au moment de l'enquête, plus des trois-quarts des femmes étaient en union. La majorité des femmes était en union monogame (60 %). La proportion de femmes en union polygame varie d'un minimum de 9 % à Kidal à un maximum de 49 % à Kayes et 47 % à Koulikoro. L'âge médian des femmes est estimé à 16,6 ans. Depuis 1995-1996, on observe un vieillissement de cet âge médian d'entrée en première union qui était estimé à 16,0 ans. Cet âge médian présente des variations importantes. C'est parmi les femmes du milieu rural (16,3 ans) celles des régions de Kayes (15,7 ans), Gao (15,8 ans) et Koulikoro (15,9 ans) et celles sans instruction (16,4 ans) que l'âge d'entrée en première union est le plus précoce. À l'opposé, à Bamako, cet âge est estimé à 18,1 ans et parmi les femmes de niveau secondaire ou plus, il est de 20,3 ans.

Les hommes contractent leur première union à un âge plus tardif que les femmes (25,8 ans).

Fécondité des adolescentes

Plus d'un tiers des adolescentes (36 %) ont déjà commencé leur vie féconde : environ 30 % ont déjà eu, au moins, un enfant et environ 5 % sont enceintes d'un premier enfant. Entre 2001 et 2006, la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde a légèrement diminué, passant de 40 % à 36 %.

Plus de deux jeunes femmes sans instruction sur cinq (43 %) ont déjà commencé leur vie féconde contre 16 % parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus.



Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (42 % contre 26 %). Dans la région de Kayes, cette proportion atteint 58 %. À l'opposé, dans la région de Mopti, seulement 17 % des jeunes filles de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde.



© Michelle Bashin, avec la permission de Photoshare

Planification familiale

L'utilisation des méthodes de planification familiale, et plus particulièrement les méthodes modernes, permet aux femmes et aux couples de mieux réaliser leurs objectifs en matière de fécondité et de taille idéale de la famille.

Connaissance et utilisation de la contraception

Bien que trois-quarts des femmes en union (75 %) connaissent, au moins, une méthode contraceptive moderne, et que 19 % aient déjà eu recours à la contraception moderne dans leur vie, seulement 7 % utilisaient une méthode moderne au moment de l'enquête. Parmi ces méthodes, les injectables et la pilule sont les méthodes les plus fréquemment utilisées.

C'est en milieu urbain (13 %), à Bamako (17 %) dans les régions de Kidal (9 %), de Ségou (7 %) et de Koulikoro (7 %) et parmi les femmes instruites (12 % parmi les femmes ayant un niveau primaire et 23 % parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus) que l'utilisation de la contraception moderne est la plus fréquente. À l'opposé, la prévalence n'est que de 4 % en milieu rural, 2 % dans la région de Mopti et 6 % parmi les femmes sans instruction.

La prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union n'a pas varié depuis 2001 (6 %).



© Michelle Bashin, avec la permission de Photoshare

Plus de deux femmes sur cinq (45 %) n'ont été exposées à aucun message sur la planification familiale, que ce soit à la radio, à la télévision ou dans les journaux/magazines. En outre, au cours des 12 derniers mois, la grande majorité des femmes non utilisatrices de la planification familiale (9 %) n'ont ni reçu la visite d'un agent de santé, ni discuté de planification familiale.

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Dans 31 % des cas, les femmes en union au moment de l'enquête avaient des besoins non satisfaits en matière de planification familiale : 21 % avaient des besoins non satisfaits pour l'espacement et 10 % pour la limitation des naissances. La demande en planification familiale n'est satisfaite que pour seulement 21 % des femmes. Si tous les besoins en matière de planification familiale étaient satisfaits, la prévalence contraceptive passerait de 8 % à 40 %.

Santé de la reproduction

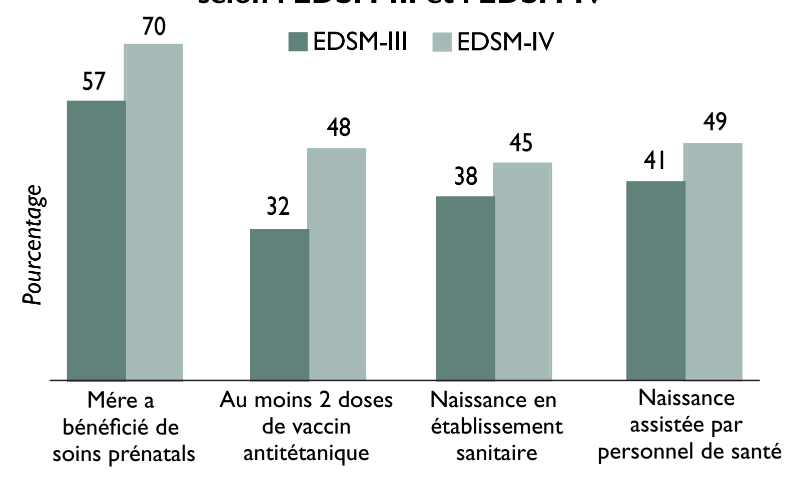
Les risques de complications de l'accouchement peuvent être réduits si la femme enceinte effectue, au cours de sa grossesse, des visites prénatales auprès de personnel de santé qualifié. De plus, les soins prénatals, pour être efficaces, doivent intervenir à un stade précoce de la grossesse et se poursuivre de façon régulière jusqu'à l'accouchement.

Soins prénatals et conditions d'accouchement

Dans 70 % des cas, les femmes ont reçu des soins prénatals, dispensés par du personnel de santé. Les résultats mettent en évidence de grandes disparités selon les régions : dans celles de Koulikoro, Sikasso et Ségou, au moins 70 % des femmes ont bénéficié d'un suivi prénatal ; à l'opposé, dans la région de Kidal, moins d'un tiers des femmes (32 %) ont effectué au moins une visite prénatale. En outre, 35 % des femmes ont effectué, au moins, les quatre visites recommandées.

La proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals a augmenté depuis 2001, variant de 58 % à 70 %. En milieu rural, 48 % des femmes avaient reçu des soins prénatals en 2001 contre 64 % en 2006.

Près de trois naissances sur six (56 %) ont été protégées contre le tétanos néonatal. Cependant, dans les régions de Mopti (44 %) et de Tombouctou (39 %), moins d'une femme sur deux ont été vaccinée contre le tétanos néonatal. C'est dans la région de Kidal que la proportion de femmes dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal est, de loin, la plus faible (26 %). Le niveau d'instruction influence le niveau de la couverture antitétanique des mères : un peu plus d'une femme sans instruction sur deux (53 %) a été vaccinée contre le tétanos néonatal contre 72 % quand la mère a un niveau primaire et 83 % quand elle a un niveau secondaire ou plus. La proportion de femmes ayant reçu au moins deux injections de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse a augmenté de 32 % en 2001 à 48 % en 2006.



Lieu et assistance à l'accouchement

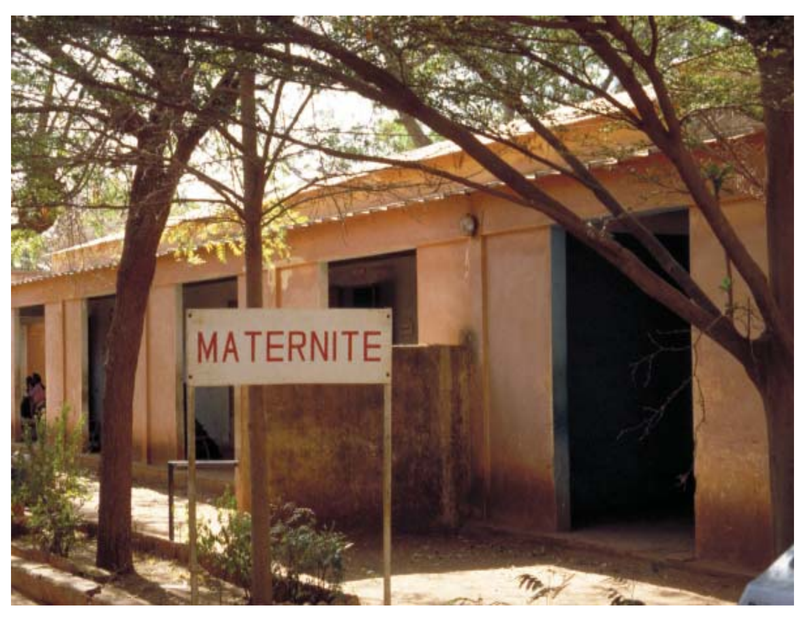
Parmi les naissances des cinq années ayant précédé l'enquête, plus de la moitié (54 %) se sont déroulées à la maison et 45 % dans un établissement de santé, essentiellement du secteur public (43 %). C'est en milieu rural (66 %), dans les régions de Mopti (70%), de Tombouctou (75%) et de Kidal (80 %), parmi les femmes sans instruction (59 %) et parmi celles vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre (69 %) que ces proportions de naissances qui se sont déroulées à la maison sont les plus élevées.

La proportion d'accouchements assistés est de 49 %, soit moins d'une naissance sur deux. Cette assistance a été fournie, en majorité, par des infirmières sages-femmes (25 %). Cette proportion de naissances dont l'accouchement a été assisté par du personnel de santé augmente avec le niveau d'instruction de la mère, passant de 44 % pour les femmes sans instruction à 72 % pour celles ayant un niveau primaire et à 92 % pour les plus instruites.

Par rapport aux données de l'EDSM-III de 2001, on note que la proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel de santé a légèrement augmenté, passant de 41 % à 49 % en 2006.

Suivi postnatal

Parmi les femmes n'ayant pas accouché dans un établissement sanitaire, près des trois-quarts (72 %) n'ont reçu aucun soin postnatal. C'est surtout en milieu rural (73 %), dans les régions de Kidal et de Tombouctou (respectivement 97 % et 95 %), parmi les femmes sans instruction (72 %) et celles des ménages les plus pauvres (71 %) que cette proportion n'ayant effectué aucune visite postnatale est la plus élevée. À l'opposé, un peu plus d'une femme sur cinq (22 %) a bénéficié d'un suivi postnatal dans les délais recommandés, c'est-à-dire dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement.



© Yasmin Chandani/FPLM/JSI, avec la permission de Photoshare

Santé de l'enfant

Les données collectées permettent une évaluation de la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois ainsi que la prévalence des principales maladies infantiles (IRA, fièvre et diarrhée) et leur traitement.

Couverture vaccinale

Les enfants complètement vaccinés contre les maladies cibles du Programme de vaccination (PEV) représentent 48 %, soit moins d'un enfant de 12-23 mois sur deux. La proportion d'enfants qui n'ont reçu aucun vaccin est de 13 % et 39 % n'ont donc été que partiellement vaccinés.

> La couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois s'est améliorée, la proportion d'enfants complètement vaccinés étant passée de 29 % en 2001 à 48 % en 2006.

Les variations selon le milieu de résidence sont importantes et mettent en évidence la faiblesse de la couverture vaccinale du milieu rural par rapport au milieu urbain (46 % contre 53 %). Les résultats selon les régions montrent que ce sont les enfants de Tombouctou qui sont les moins vaccinés, seulement 33 % y ayant reçu tous les vaccins. À l'opposé, dans les régions de Ségou et de Koulikoro, 58 % ont été protégés contre les maladies de l'enfance.

Vaccination selon l'EDSM-III et l'EDSM-IV

	EDSM-III 2001	EDSM-IV 2006
MALI	29	48
RÉSIDENCE		
Bamako	61	59
Autres villes	40	49
Ensemble/ urbain	50	53
Rural	22	46
INSTRUCTION DE LA MÈRE		
Aucune	25	46
Alphab./Primaire	39	56
Secondaire ou plus	63	70

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés

Traitement des enfants malades

Pour près de deux enfants sur cinq (38 %) ayant présenté des symptômes respiratoires aigus (IRA), on a recherché des conseils ou un traitement dans un établissement sanitaire ou auprès d'un prestataire de santé.

Dans seulement 33 % des cas, un traitement ou des conseils ont été recherchés pour traiter la fièvre. En outre, parmi ces enfants ayant eu de la fièvre, 32 % ont pris des antipaludéens et, dans environ la moitié des cas, ces médicaments ont été pris de façon précoce (15 %).

Parmi les enfants ayant souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, un sur cinq n'a reçu aucun traitement (21 %). Dans la région de Tombouctou, cette proportion atteint 30 %. À l'opposé, près de la moitié des enfants ont été traités à l'aide d'une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) (49 %).Dans 14 % des cas, les enfants ont reçu une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO) ; 13 % des enfants ont reçu une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison et pour 35 %, les apports en liquides ont été augmentés.

Allaitement et état nutritionnel des enfants et des femmes

Les pratiques d'alimentation jouent un rôle primordial dans l'état nutritionnel des enfants. Les données collectées permettent, non seulement d'évaluer les pratiques alimentaires des jeunes enfants, mais aussi, à partir des mesures anthropométriques, d'évaluer leur état nutritionnel ; de même, à partir des données sur le poids et la taille des femmes de 15-49 ans, on a évalué leur état nutritionnel.

Allaitement

L'allaitement est une pratique généralisée au Mali puisque la quasi-totalité des enfants ont été allaité (96 %). La durée médiane de l'allaitement est estimée à 20,9 mois. Cependant, seulement 46 % des enfants commencent à être allaités dans l'heure qui suit leur naissance et 30 % ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement.



© Hannah Koenker/CCP, avec la permission de Photoshare

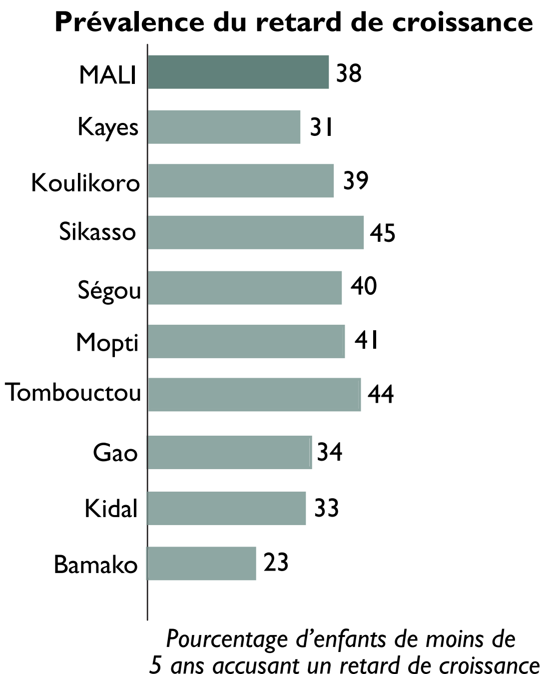
Alors que l'allaitement exclusif est recommandé pour les enfants jusqu'à l'âge de 4-6 mois, seulement 38 % des enfants de moins de six mois sont exclusivement allaités. Une proportion élevée (53 %) reçoit, en plus du lait maternel, de l'eau seulement et dans 4 % des cas, d'autres laits.

État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans

Du fait entre autre, d'une alimentation inadéquate, près de deux enfants de moins de cinq ans sur cinq (38 %) accusent un retard de croissance, 15 % sont émaciés ou souffrent de malnutrition aiguë et 27 % présentent une insuffisance pondérale. Les enfants du milieu rural, ceux dont la mère souffre d'un état de déficience énergétique chronique, ceux qui étaient de petite taille à la naissance et ceux dont l'intervalle avec la naissance précédente était inférieur à 24 mois sont ceux dont l'état nutritionnel est le plus critique.

Par rapport à 2001, on constate une diminution du niveau de la malnutrition chronique, la prévalence au niveau national étant passée de 38 % à 34 %. En milieu rural, elle est passée de 43 % à 38 %.

Prévalence du retard de croissance



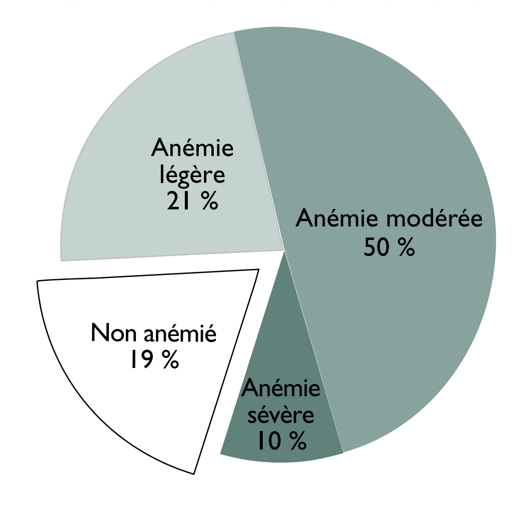
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance

Un enfant de 18-35 mois sur deux (50 %) accuse un retard de croissance.

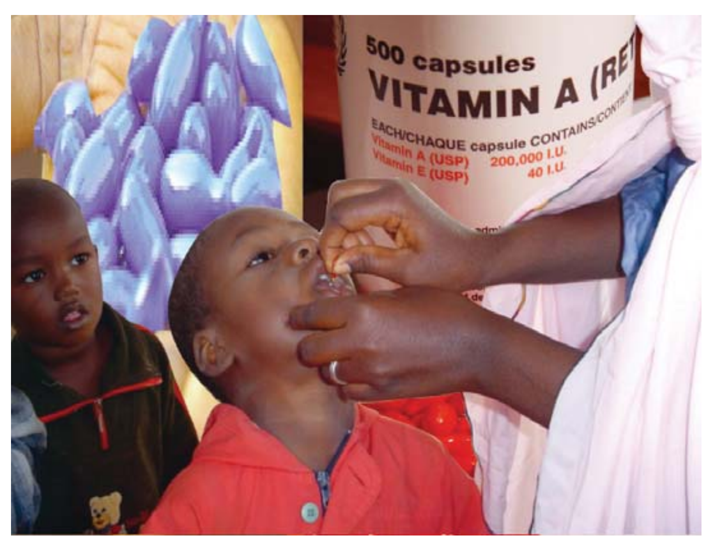
Prévalence de l'anémie chez les enfants

Plus de huit enfants de 6-59 mois sur dix (81 %) sont atteints d'anémie : 21 % sous une forme légère, 50 % sous une forme modérée et 10 % sont atteints d'anémie sévère. Cette prévalence est particulièrement élevée parmi les enfants de 9-23 mois (89 %), en milieu rural (86 %) , dans la région de Ségou (90 %) et parmi les enfants dont la mère n'a pas d'instruction (82 %). De même, parmi les enfants des ménages les plus pauvres, plus de neuf sur dix sont anémiés (91 %).

Prévalence de l'anémie chez les enfants



Plus de sept enfants de 6-59 mois sur dix (72%) ont reçu des compléments de vitamine A.



© CPS/MS

Dépenses de santé des ménages

La proportion de ménages dans lesquels il y a eu, au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête, un malade ou un blessé est de 20 %.

Parmi ces ménages, 43 % ont recherché des conseils ou un traitement dans les formations sanitaires.

Les dépenses totales moyennes pour les ménages s'élèvent à 15 249 FCFA; par ménage, cette dépense moyenne s'établit à 12 977 FCFA pour un malade pour le premier et le deuxième recours.

État nutritionnel des femmes

Au Mali, environ 1 % des femmes de 15-49 ans ont une taille inférieure à 145 centimètres, considérée comme seuil critique. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen des femmes est estimé à 22,1 kg/m2. Plus des deux tiers des femmes ont un IMC normal, compris entre 18,5 et 24,9 kg/m2. Par contre, 14 % des femmes ont un IMC inférieur à 18,5 kg/m2 , ce qui dénote un état de déficience énergétique chronique. Parmi ces femmes, 10 % présentent un état d'insuffisance pondérale légère mais dans 4 % des cas, les femmes sont atteintes de maigreur sévère.



© Susanne Riveles/Lutheran World Relief avec la permission de Photoshare

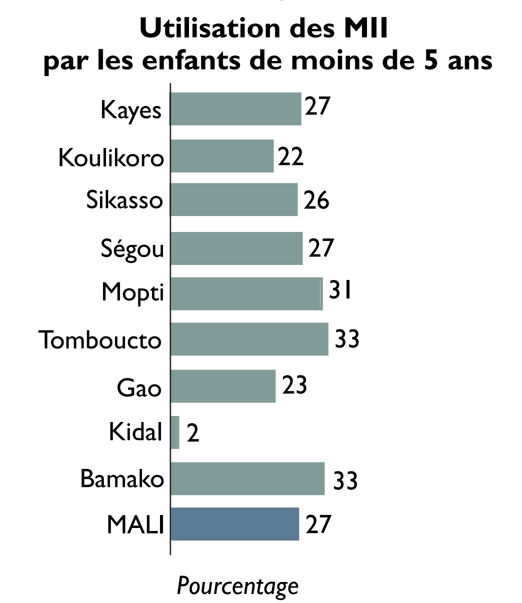
La proportion de femmes accusant un déficit énergétique chronique est particulièrement élevée parmi les jeunes femmes de 15-19 ans (23 %) ; ce niveau est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (15 % contre 10 %). Dans les régions, la proportion de femmes trop maigres varie d'un minimum de 3 % dans celle de Kidal à un maximum de 16 % dans celle de Sikasso.

Près de sept femmes sur dix sont anémiées (68 %) : 43 % souffrent d'anémie sous sa forme légère, 22 % sous une forme modérée et 3 % sous une forme sévère. Les trois-quarts des femmes enceintes sont anémiées et 44 % sont anémiées sous la forme modérée.

PALUDISME

Au Mali, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, notamment les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Le traitement et la prévention du paludisme constituent donc une composante importante des soins de santé maternelle et infantile

Un ménage sur deux (50 %) possède, au moins, une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Cette proportion varie d'un minimum de 29 % dans la région de Kidal à un maximum de 50 % dans celle de Ségou et de 54 % à Bamako.



Au Mali, en moyenne, 27 % des enfants, soit près de trois sur dix, ont dormi, la nuit ayant précédé l'enquête, sous une MII. Dans les régions, cette proportion varie d'un minimum de 2 % dans celle de Kidal à un maximum de 33 % dans celle de Tombouctou et à Bamako.

Près de six femmes sur dix (59 %) ont pris des antipaludéens, à titre préventif, pendant la grossesse de leur dernière naissance. Dans les régions de Tombouctou et de Gao, cette proportion n'est que de 41 %. À l'opposé, elle atteint 81 % parmi les femmes de Bamako et 86 % parmi celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Seulement 4 % des femmes enceintes ont reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale. Cependant, parmi les femmes de Bamako et celles des ménages les plus riches, cette proportion est respectivement de 16 % et 12 %.

Mortalité

Les niveaux et caractéristiques de la mortalité des enfants sont fonctions des conditions socio-sanitaires, démographiques, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays.

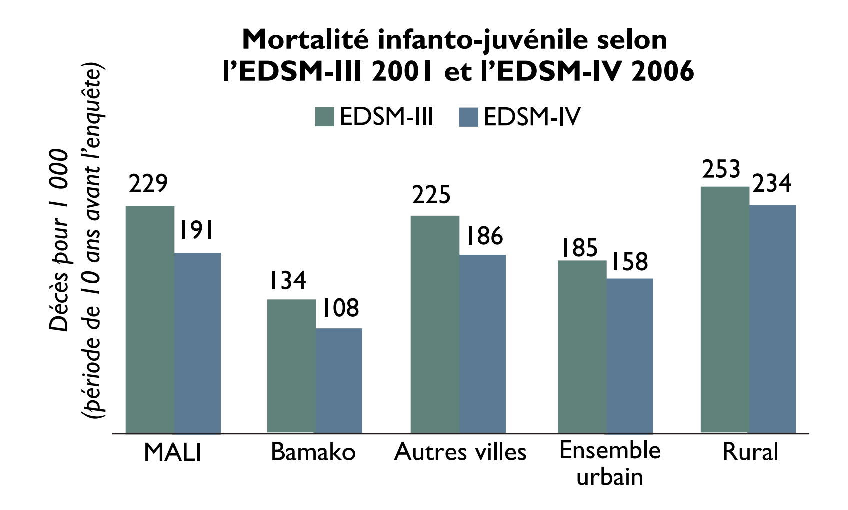
Mortalité des enfants

Avec les niveaux actuels de mortalité, un enfant malien sur cinq décèdera avant d'atteindre son cinquième anniversaire (191 ‰). Les risques de décéder avant l'âge de cinq ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence. On constate une surmortalité des enfants du milieu rural par rapport à ceux du milieu urbain : Globalement, le risque de décéder entre la naissance et cinq ans est supérieur de 48 % en milieu rural par rapport au milieu urbain (234 ‰ contre 158 ‰).

Le niveau d'instruction de la mère influence de manière importante les risques de décéder des enfants. La probabilité de décéder avant cinq ans est de 223 ‰ pour les enfants dont la mère n'a aucune instruction, et de 102 ‰ lorsque celle-ci a atteint le niveau secondaire ou plus.

La mortalité des enfants maliens a connu une baisse importante depuis 2001

Les enfants nés d'une mère âgée de moins de 20 ans courent un risque de décéder avant le premier anniversaire supérieur de 42 % par rapport à ceux dont la mère a 20-29 ans au moment de la naissance (143 ‰ contre 101 ‰). De même, un enfant né moins de deux ans après l'enfant précédent court un risque de décéder avant son cinquième anniversaire de 282 ‰ alors que celui dont la mère a observé un espacement de trois ans court un risque de 139 ‰

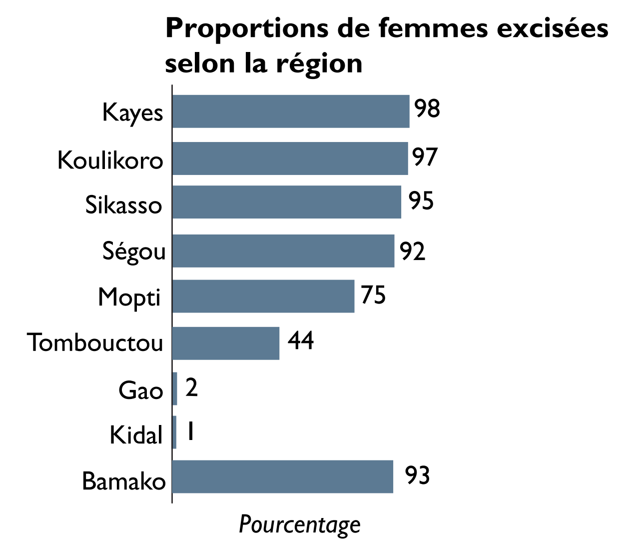


EXCISION

La pratique de l'excision est très répandue au Mali. Les risques que fait courir l'excision sur la santé des femmes ont conduit le gouvernement à créer un Programme National de Lutte contre la practique de l'Excision.

Au Mali, près de neuf femmes sur dix (85 %) ont été excisées. Cependant, cette proportion varie de manière considérable d'une région à l'autre et selon les groupes ethniques. En effet, si dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et Ségou, plus de 90 % des femmes ont subi cette pratique, cette proportion n'est que de 44 % dans la région de Tombouctou, de 2 % à Gao et d'un pour cent à Kidal.

Environ les deux-tiers des femmes (64 %) pensent que l'excision est exigée par la religion. Chez les hommes, cette proportion est de 38 %. Seulement 10 % des femmes pensent que l'excision est une pratique qui doit disparaître.



.



© Michelle Bashin/CCP, avec la permission de Photoshare

SIDA

L'analyse des indicateurs de comportements par rapport aux IST/SIDA est d'une grande importance pour pouvoir prendre des mesures visant à mieux contrôler l'épidémie.

Connaissance du sida et des moyens de prévention

Un peu plus de la moitié des femmes (53 %) et une proportion plus élevée d'hommes (63 %) savent qu'il est possible d'éviter le sida en utilisant un condom au cours de chaque rapport sexuel ou en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté.

Parmi les femmes, 20 % connaissent la possibilité de transmission du virus par l'allaitement et l'existence d'un médicament qui peut réduire les risques de transmission maternelle du virus au cours de la grossesse.

Cependant, dans les régions de Tombouctou et de Kidal, cette proportion est extrêmement faible (7 % dans chaque cas) alors qu'elle atteint 41 % à Bamako.

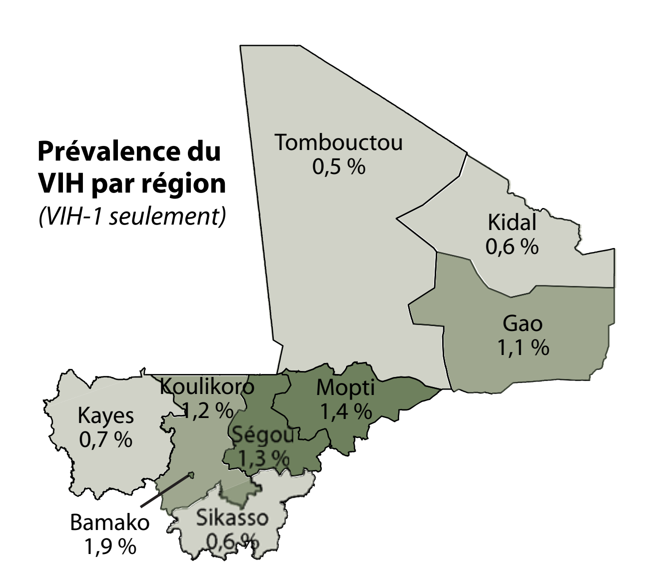
Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 25 % ont eu des rapports sexuels à risques. Chez les femmes, cette proportion est beaucoup plus faible (6 %). Parmi ces hommes et ces femmes, respectivement 39 % et 17 % ont utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques.

Parmi les femmes, 20 % ont déclaré connaître un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH/sida. Cependant, seulement, 3 % avaient effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et avaient reçu les résultats du dernier test. Chez les hommes, la proportion de ceux qui connaissent un endroit où effectuer un test est plus élevée que celle observée chez les femmes (35 %) mais, comme chez les femmes, la proportion de ceux qui ont effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui avaient eu connaissance des résultats du dernier test est très faible (3 %).

Prévalence du sida

La prévalence de l'infection par le VIH (VIH-1 ou VIH 2) au sein de la population générale est estimée à 1,3 % par l'EDSM-IV. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimé à 1,5 %, est plus élevée que celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (1,0 %).

La carte illustre la prévalence du VIH-1 au Mali. Chez les femmes comme chez les hommes, c'est à Bamako, que la prévalence est la plus élevée (respectivement 2,3 % et 1,8 %).



Principaux indicateurs

TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	
Nombre de ménages	12 998
Femmes de 15-49 ans enquêtées avec succès	14 583
Hommes de 15-64 ans enquêtés avec succès	4 207
CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES/HOMMES ENQUÊTÉS (%)	
Vivant en milieu urbain (femmes/hommes)	34/36
Sans instruction	78/60
Instruction primaire (Fondamental 1)	11/19
Fondamental 2	7/10
Instruction secondaire	3/8
Instruction supérieure	1/2
Femmes/hommes alphabétisés	17/37
Taux brut de fréquentation primaire des enfants de 6-11 ans	60
Indice de parité du taux brut de fréquentation	0,84
Taux net de fréquentation primaire des enfants de 6-11 ans	28
Indice de parité du taux net de fréquentation	0,7
FÉCONDITÉ ET DÉTERMINANTS	
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)[1]	6,6
Âge médian à la première naissance (femmes de 25-49 ans) (en années)	18,9
Femmes de 15-19 ans qui sont déjà mères ou enceintes (%)	36
Intervalle intergénésique médian (en mois)	32
Femmes de 15-49 ans actuellement en union (%)	85
Femmes de 15-49 ans mariées, en union polygame (%)	40
Hommes de 15-49 ans actuellement en union (%)	65
Hommes de 15-49 ans mariées, en union polygame (%)	28
Âge médian aux premiers rapports sexuels : femmes de 25-49 ans (en années)	16,1
Âge médian aux premiers rapports sexuels : hommes de 25-49 ans (en années)	21,5
Femmes de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (%)	25
Âge médian à la première union : femmes de 25-49 ans (en années)	16,6
Âge médian à la première union : hommes de 25-49 ans (en années)	25,8
Durée médiane de l'allaitement au sein (en mois)[2]	20,9
PLANIFICATION FAMILIALE	
Femmes de 15-49 ans en union connaissant au moins une méthode moderne (%)	75
Femmes de 15-49 ans en union utilisant actuellement :	
une méthode moderne (%)	7
une méthode traditionnelle (%)	1,4
Femmes en union qui ne veulent plus d'enfants (%)	20
Nombre idéal d'enfants (femmes)	6,3
Nombre idéal d'enfants (hommes)	7,7
Besoin non satisfaits en matière de planification familiale	31
SANTÉ ET NUTRITION DE LA MÈRE	
Femmes qui ont reçu des soins prénatals auprès de personnel de santé qualifié[3] (%)	70
Naissances des 5 ans précédant l'enquête pour lesquelles la mère a :	
- accouché avec l'assistance de personnel de santé qualifié[3] (%)	49
- accouché dans un établissement de santé (%)	45
- bénéficié de soins postnatals 0-6 jours après l'accouchement (%)	23
Femmes de 15-49 ans qui sont anémiées (%)	68
Femmes de 15-49 ans qui sont maigres (IMC <18,5) (%)	14

SANTÉ ET NUTRITION DE L'ENFANT	
Enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins du PEV (%)[4]	48
Enfants de moins de 5 ans qui, au cours des 2 semaines avant l'enquête, ont eu :	
- la diarrhée (%)	13
- et parmi eux, ceux pour lesquels on a recherché un traitement (%)	18
- la fièvre (%)	18
- et parmi eux, ceux pour lesquels on a recherché un traitement (%)	33
État nutritionnel des enfants	
- enfants de 6-59 mois qui sont anémiés (%)	81
- enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance (%)[5]	38
- enfants de moins de 5 ans atteints d'émaciation (%)[6]	15
- enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale (%)[7]	27
PALUDISME	
Ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	62
Enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête (%)	36
Femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête (%)	36
MORTALITE DES ENFANTS (DÉCÈS POUR 1 000 ENFANTS)	
Mortalité infantile (entre la naissance et 1 an)	96
Mortalité juvénile (entre 1 et 5 ans)	105
Mortalité infanto-juvénile (entre la naissance et 5 ans)	191
MORTALITE MATERNELLE	
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)	464
VIH/SIDA	
Femmes de 15-49 ans ayant une connaissance "complète"[8] du sida (%)	17
Hommes de 15-49 ans ayant une connaissance "complète"[8] du sida (%)	26
Taux de prévalence du VIH (ensemble, VIH-1 ou 2) (%)	1,3
Taux de prévalence du VIH (femmes, VIH-1 ou 2) (%)	1,5
Taux de prévalence du VIH (hommes, VIH-1 ou 2) (%)	1,0
Taux de prévalence du VIH (ensemble, VIH-1) (%)	1,2
Taux de prévalence du VIH (femmes, VIH-1) (%)	1,4
Taux de prévalence du VIH (hommes, VIH-1) (%)	0,9
ENREGISTREMENT À L'ÉTAT CIVIL	
Naissances déclarées à l'état civil (%)	53
TRAVAIL DES ENFANTS	
Enfants de 5-14 ans qui travaillent (%)	66
DÉPENSES DE SANTÉ DES MÉNAGES	

1 Nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle. 2 Durée pour laquelle la moitié des enfants de moins de 5 ans à l'enquête ont été allaités. 3. Pour les dernières naissances survenues dans les 5 ans précédant l'enquête et pour lesquelles la mère a été suivie par un médecin ou une infirmière/sage-femme. 4. C'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole et les trois doses de DTCoq et de polio, non compris la polio 0. 5. Enfants de moins de cinq ans dont la taille est inférieure à la moyenne de ce qu'elle devrait être à un âge donné, signe d'un retard de croissance de plus ou moins longue durée. 6. Poids inférieur à la moyenne de ce qu'il devrait être pour une taille donnée ou malnutrition aiguë. 7. Poids inférieur à la moyenne de ce qu'il devrait être à un âge donné. 8 Sont considérés comme ayant une connaissance "complète", ceux qui savent que l'utilisation régulière du condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida; qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida; et qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida.

